N° 26

DES RAPPORTS

DE LA

FIÈVRE PALUDÉENNE

DE LA PHTISIE PULMONAIRE ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

EN GÉNÉRAL

ET EN PARTICULIER A ROCHEFORT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Mai 1884

Par F. JABIN-DUDOGNON

Né a Peyrat-la-Nonière (Creuse).

Médecin de deuxième Classe de la Marine.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL, DE LA REVUE DES SCIENCES NATURELLES,

IMPRIMEURS DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES

1884.

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... DOYEN
CASTAN.....
COMBAL ✠ ..... } ASSESSEURS

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON. O ✠ ✠, DOY. H.
Pathologie externe.....	BOYER ✠.
Accouchements.....	DUMAS ✠.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ✠ C ✠.
Anatomie.....	BENOIT ✠ ✠.
Clinique médicale.....	COMBAL ✠ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses	CAVALIER ✠.
Physique médicale.....	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	N...

MARTINS (O ✠) FONSSAGRIVES (O ✠) COURTY (✠), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées . .	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CHALOT.	MM. DUMAS fils.
DE GIRARD.	BIMAR.	BLAISE.
SERRE.	LANNEGRACE.	BAUMEL.
ROUSTAN.	MOSSÉ.	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU ✠.	GRANEL.
MAIRET.	TÉDENAT.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MOITESSIER, *président*;
JAUMES, professeur;
SERRE, agrégé;
BAUMEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES FRÈRES

A mon Oncle CHANTEMILLE

Député,

Et à ma Tante R. CHANTEMILLE

Témoignage d'une profonde gratitude.

J.-DUDOGNON.

A Monsieur **PALMADE**

Professeur Agrégé à Rochefort.

A Monsieur le Docteur **BUROT**

Professeur Agrégé à Rochefort.

A MES AMIS

J.-DUDOGNON.

PRÉFACE

Nous avons observé à Rochefort, en Algérie, en Tunisie et à Saïgon la fièvre paludéenne, la phtisie pulmonaire et la fièvre typhoïde. Nous avons recueilli de nombreuses observations sur ces trois maladies et nous nous proposons de rechercher les rapports qu'elles présentent entre elles dans les différents climats, et en particulier à Rochefort, où nous avons passé quatre années. Pressé par le temps, nous n'avons pas donné à cette Thèse inaugurale tous les détails que comporterait un pareil sujet. Nous espérons cependant que nos Juges voudront bien reconnaître les efforts que nous avons dû faire pour mettre la vérité à la place de l'exagération et de l'erreur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0110

DES RAPPORTS

DE LA

FIÈVRE PALUDÉENNE

DE LA PHTISIE PULMONAIRE ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

EN GÉNÉRAL

ET EN PARTICULIER A ROCHEFORT

> La langue des chiffres, seuls hiéroglyphes qui se soient conservés parmi les signes de la pensée, n'a pas besoin d'interprétation.
>
> Alexandre de HUMBOLDT.

En 1843, un célèbre médecin militaire, le Dr Boudin, a émis l'idée ingénieuse d'un antagonisme entre les fièvres paludéennes, la fièvre typhoïde et la phtisie pulmonaire, en ce sens que les conditions telluriques qui engendrent la malaria sont contraires au développement de la dothiénentérie et de la tuberculose. Cette question présente un grand intérêt au double point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique. Affirmativement résolue, elle entraînerait les plus graves conséquences : elle permettrait de prévenir et de combattre avec succès la plus cruelle de toutes les maladies. Ce ne serait plus sous le beau ciel de la Provence (Hyères, Cannes, Monaco, Menton) et de l'Italie (Naples), ni à

Alger, ni à Tunis, ni à Madère qu'il faudrait envoyer les individus atteints de phtisie imminente ou de phtisie confirmée; ce serait dans le voisinage des marais de la Charente-Inférieure, de l'Indre, du Cher, du littoral de la Méditerranée, de la Corse, de la Sardaigne, etc... Aussi devons-nous soumettre au creuset de l'observation cette importante proposition, que nous essayerons de résoudre par des faits nombreux recueillis avec exactitude en des lieux variés, sous toutes les latitudes, en Europe, en Afrique, en Amérique, en Asie, et surtout à Rochefort, où pendant quatre ans nous avons colligé des observations.

Boudin affirmait que dans le voisinage des marais, dans les contrées paludéennes, la tuberculose se montrait rarement; que les phtisiques qui venaient s'y établir voyaient leur état s'améliorer. « Chaque pays, dit-il, possède non seulement son règne animal, son règne végétal et des produits minéraux caractéristiques, mais il possède aussi un règne pathologique à lui; il a ses maladies propres et exclusives, antagonistes de certaines autres. »

Chaque pays aurait donc ses maladies comme il a sa faune et sa flore; les maladies, comme les plantes, auraient leurs habitats, leurs stations, leurs limites géographiques.

« S'il en était ainsi, répond M. Rochard, il ne s'agirait plus que de les grouper par régions, d'en fixer le domaine et de tracer la carte nosologique sur le globe. Pour qu'il fût permis d'assimiler ainsi les maladies aux plantes et aux animaux, il faudrait qu'elles fussent douées, comme eux, d'une existence indépendante et susceptible de groupements et de classifications analogues. Les maladies ne sont pas des êtres; elles exigent un support et ne sont que des attributs, des modifications d'individus existant déjà. »

Suivant les races et les nationalités, on a aussi à constater beaucoup plus de variétés et de nuances que de maladies nouvelles proprement dites.

« L'organisation humaine, dit M. Leroy de Méricourt, étant le témoin nécessaire de toute maladie, ne peut répondre que par certaines manifestations aux influences morbides plus ou moins semblables qui tendent à la détruire. »

Il nous a paru intéressant de citer ces textes, émanant de Maîtres éminents, sous forme de préambule; ils renferment les éléments de la réponse posée au Congrès scientifique de la Rochelle par M. Verneuil. « La loi de Boudin sur l'antagonisme de la fièvre intermittente, de la tuberculose et de la fièvre typhoïde, est-elle vraie ? »

Passons en revue les principaux arguments de Boudin à l'appui de sa théorie.

Arguments relatifs à la phtisie pulmonaire. — « S'il est d'observation, dit le savant médecin, que la coqueluche garantit de la rougeole, et la scarlatine du typhus, l'expérience semble également démontrer des rapports antagonistes entre l'intoxication paludéenne et certaines diathèses pathologiques. La rareté et même l'absence complète de la phtisie pulmonaire dans certaines localités est un fait incontestable. C'est à tort que l'action prophylactique ou palliative de certains pays sur la diathèse tuberculeuse a été attribuée à une influence de méridionalité, de latitude géographique, ou, si on aime mieux, de température. Il suffit de réfléchir que si la fiévreuse Algérie exclut la phtisie pulmonaire, le delta du Rhin l'exclut également. »

Boudin constate la rareté des maladies de poitrine à Alger ; il ajoute que cette immunité contre la diathèse tuberculeuse semble décroître en raison même de ce que l'on pourrait, au premier abord, appeler l'assainissement du pays ; de façon que telle contrée souvent plus méridionale, mais moins marécageuse que le littoral, prédispose d'autant plus à la phtisie qu'elle préserve davantage de la fièvre. Il conclut que l'immunité de certains pays contre la phtisie n'est pas due à l'influence de méridionalité ou de tempé-

rature, mais qu'elle est essentiellement le fait de la nature du sol et de ses émanations sur l'organisme.

Arguments relatifs à la fièvre typhoïde.—« La fièvre typhoïde, dit Boudin, semble partager à tel point l'antagonisme de la phtisie pulmonaire pour l'intoxication des marais, que la rencontre de la diathèse tuberculeuse est un indice presque certain du règne de la dothiénentérie dans la même localité.»

Il est cependant difficile à l'auteur de concilier avec cet antagonisme le passage des fièvres d'Afrique à l'état typhoïde signalé par quelques auteurs, à moins qu'il n'admette les fièvres typho-malariennes, si fréquentes dans les régions tropicales.

Boudin se résume ainsi : 1° L'intoxication paludéenne exclut la fièvre typhoïde ; 2° Le passage des fièvres de marais à l'état typhoïde n'est point le passage à l'état dothiénentérique ; 3° Enfin les fièvres continues des marais et des pays chauds n'ont absolument rien de commun avec la grande pyrexie du Nord, appelée la fièvre typhoïde.

RÉFUTATION.

Lors de la publication de l'Essai de géographie médicale de Boudin, plusieurs médecins présentèrent des objections contre cette prétendue loi de l'antagonisme, et successivement le professeur Forget (de Strasbourg), Gintrac (de Bordeaux), Michel Lévy, Lefèvre (de Rochefort), Ferrus, qui avait habité longtemps l'Algérie, et plusieurs autres praticiens distingués, citèrent des faits assez nombreux tendant à prouver la coïncidence, dans les mêmes lieux, des fièvres intermittentes, de la fièvre typhoïde et de la phtisie pulmonaire.

Algérie. — Le Dr Ferrus, dans une lettre adressée d'Alger à l'Académie de Médecine (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1843-1844),

annonce qu'il a trouvé dans les poumons de plusieurs Arabes et dans les poumons de deux nègres des cavernes et de nombreux tubercules. Il ajoute que ces malades habitaient des lieux marécageux, et que la fièvre typhoïde, bien que rare, existe surtout à Philippeville, où le paludisme acquiert une grande activité.

D'après Broussais, la moyenne de la mortalité attribuée à la phtisie dans la population civile de l'Algérie est de 1 sur 20, tandis qu'à Paris elle est de 1 sur 5, comme dans l'armée. Cette mortalité est distribuée à peu près de la manière suivante parmi les différentes classes d'habitants de l'Algérie : elle est de 1 sur 15 pour les Européens, de 1 sur 20 pour les musulmans, de 1 sur 25 pour les israélites. Ces chiffres sont bien au-dessous de la vérité. Car la phtisie pulmonaire est plus commune en Algérie qu'on ne le suppose, et durant notre séjour en Algérie, à bord du *Cassard*, nous avons constaté souvent qu'elle ne mettait point à l'abri des fièvres paludéennes les victimes qu'elle a choisies.

Mittchell a établi les statistiques suivantes : 1° Dans la population civile d'origine européenne d'Alger, dans les hôpitaux et dans les maisons privées, on compte 4,18 décès par phtisie sur 100 décès généraux de toutes maladies ; 2° Dans les villes de l'intérieur, Tlemcen, Blidah, Médéah, Milianah et Constantine, la mortalité par phtisie est de 26 sur 100 décès de toutes causes.

M. Arnould (*Gazette médicale de Paris*, 1868), dans son Étude sur la tuberculose dans la province de Constantine, où le paludisme sévit avec une grande intensité, combat la doctrine de Villemin, qui prétend que la race indigène ne connaissait point la phtisie avant 1830, et que cette affection a été importée par les Français. Sans nier la contagiosité de la tuberculose, nous pouvons difficilement admettre que les Arabes ne lui aient pas payé à toutes les époques leur tribut. Dans aucun pays, la misère constitutionnelle n'atteint un pareil développement ; elle est produite par la fatigue physique, l'alimentation insuffisante, l'étroitesse du logement, les diarrhées rebelles, la syphilis, les dysenteries chroniques et

nombre d'autres causes de débilitation organique. En Tunisie, où le climat est identique à celui de l'Algérie, nous avons constaté de nombreux cas de phtisie pulmonaire aussi bien sur la population sédentaire des villes que sur celle des tribus nomades qui ont de rares relations avec les Européens, et nous pourrions citer en particulier l'oasis de Zarzis, située près de la frontière tripolitaine, où avant l'occupation française la civilisation n'avait pas pénétré ; et cependant, malgré l'isolement de la tribu de Zarzis, la phtisie pulmonaire est un véritable fléau pour cette population presque sauvage.

Nous donnons les tableaux que M. Arnould a obtenus en faisant les relevés des autopsies faites aux hôpitaux militaire de Constantine pendant une période de dix ans.

CONSTANTINE, pays fiévreux. — Altitude 650 mètres.

Mortalité générale en dix ans..... 2005

Mortalité par tuberculose....	Européens.....	86	280
	Européens militaires...	40	
	Indigènes civils.....	132	
	Indigènes militaires....	22	

SÉTIF, ville fiévreuse. — Altitude 1070 mètres.

Mortalité générale en dix ans.... 812

Mortalité par tuberculose.....	Européens.....	86	280
	Européens militaires....	40	
	Indigènes civils.....	132	
	Indigènes militaires....	22	

Ainsi, à Constantine, la phtisie a donné 1 décès sur 7,33, et à Sétif 1 sur 9,12. En Angleterre, la proportion est de 18,8 0/0 ; à Paris, elle est de 20 0/0 ; aux États-Unis, elle est de 15,3 0/0. La léthalité phtisique dans la fiévreuse province de Constantine se rapproche singulièrement de ce que nous avons admis à Paris, en Angleterre et aux États-Unis. (Arnould.)

Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies

en Algérie, nous ne pouvons pas nous dispenser de mentionner celle-ci, qui est caractéristique et qui, seule, suffirait à battre en brèche la loi de Boudin.

OBSERVATION (personnelle).

Recueillie à bord de la corvette *le Cassard*, où nous étions médecin-major (station d'Algérie.)

Le nommé X..., âgé de 23 ans, né à Bourges (ville où le paludisme existe), a des antécédents héréditaires mauvais. Diathèse tuberculeuse incontestable dans sa famille. Son père est mort de phtisie pulmonaire et deux frères ont été victimes de la même affection. Lui-même a eu deux hémoptysies peu abondantes en 1878 et en 1879. Avant de venir au service, il a eu, à Bourges, plusieurs accès de fièvre intermittente. A Mayotte et à Nossibé, où il a passé dix-huit mois environ, il a eu bien souvent des accès de fièvre intermittente. Trois mois de congé de convalescence à son retour en France.

En 1879, cet homme embarque sur *le Cassard*, en station à Alger ; il a de temps en temps des accès de fièvre sous l'influence des changements brusques de température ; il présente tous les symptômes d'une tuberculose bien caractérisée au deuxième degré, aux sommets des deux poumons.

Le 2 mars 1879, il est pris, à neuf heures du matin, d'un frisson intense avec céphalalgie et courbature générale. Vingt minutes après le début, nous constatons du trismus, des convulsions générales. A ces phénomènes morbides succède le coma, caractérisé par la perte absolue de connaissance, par la résolution des membres, l'abolition complète des mouvements réflexes. Le coma s'est prolongé pendant trois heures environ.

Température axillaire après les convulsions et pendant le coma 41°,9, et à midi et demi la température était tombée à 39°,5, grâce à l'injection hypodermique de 2 gram. de sulfate de quinine que nous avons faite.

La fièvre paludéenne a persisté pendant dix jours, avec une température moyenne de 38 à 39°,5. — 50 centigr. de sulfate de quinine par jour. La rate dépassait de 2 centim. le rebord des fausses côtes ; elle était douloureuse.

Ce malade a été envoyé en congé de convalescence en France, un mois après.

Cette observation, que nous pourrions faire suivre d'une foule d'autres recueillies, soit en Algérie, soit en Tunisie, nous semble une preuve irréfutable que la tuberculose n'exclut point le germe de la fièvre paludéenne et que, soit dans les mêmes lieux, soit chez les mêmes individus, ces deux affections marchent souvent de concert, comme nous le verrons surtout lorsque nous étudierons la pathologie de Rochefort.

Tunisie. — Nous nous contenterons de rappeler que la fièvre typhoïde qui a sévi, sous forme d'épidémie fort grave, sur le corps expéditionnaire, n'a été nullement atténuée par le climat de la Tunisie, et qu'à Gabès, pays essentiellement palustre, elle a présenté une gravité exceptionnelle. Elle a exercé ses ravages, non seulement en 1881, mais encore en 1882. Quant à la phtisie pulmonaire, nous pouvons dire qu'elle est très commune chez les Arabes, les israélites et les Européens. Pendant les mois de juillet et d'août, qui coïncident avec les plus fortes chaleurs, avec les orages presque quotidiens, avec le pernicieux vent du siroco, nous avons remarqué que la marche de la phtisie était accélérée, et que les malheureux malades qui n'allaient pas chercher un soulagement dans des climats plus propices payaient un large tribut à cette triste affection.

Voici une observation que nous avons prise en Tunisie, sur *le Cassard*. Il s'agit d'un homme qui est sous l'influence de la diathèse paludéenne et qui néanmoins contracte une fièvre typhoïde grave.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le nommé Bartholi, ouvrier mécanicien, âgé de vingt et un ans, né à Bastia, a contracté en Corse la fièvre paludéenne et, depuis son embarquement sur *le Cassard*, il a de temps en temps des accès bien caractérisés que le sulfate de quinine combat victorieusement. La rate est légèrement hypertrophiée dans l'intervalle des accès ; elle devient le siège d'une douleur vive et d'une tuméfaction considérable pendant les accès.

Le 10 décembre 1880, quinze jours après le départ de Toulon, où la fièvre typhoïde est endémique, ce malade se présente à la visite du matin (La Goulette).

Malade depuis cinq jours ; épistaxis fréquentes, céphalalgie intense, hébétude, faciès grippé, langue couverte d'un enduit blanc, anorexie, constipation. Crépitation dans la fosse iliaque droite. Température axillaire (le soir) 39°,5.

Deux jours après sa présentation à la visite, faciès abattu, langue blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe, avec tendance à se sécher. Enduit blanc sur les gencives au niveau du collet des dents, diarrhée, léger météorisme, subdélirium pendant la nuit. Température axillaire 40°,6. Taches rosées sur l'abdomen et sur la poitrine.

Cette fièvre typhoïde grave se termine par la guérison au bout de trente-cinq jours. La convalescence a été troublée par une périostite localisée sur la face interne du tibia gauche, périostite qui a amené une recrudescence fébrile pendant huit jours, avec des températures oscillant de 39 à 40°,5.

Une large incision des parties molles et un pansement de Lister ont produit une amélioration rapide ; la fièvre est tombée vingt-quatre heures après l'incision.

Guérison complète cinquante-six jours après le début de la maladie.

Ce malade a été envoyé en congé de convalescence.

Cette observation nous montre que la fièvre typhoïde, non seulement peut se développer chez un individu qui est sous l'influence de la malaria, mais encore que la malaria n'atténue pas les effets de la dothiénentérie.

OBSERVATION II.

Nous avons pris cette observation sur *le Linois* (mission hydrographique de Tunisie), où nous remplissions les fonctions de médecin-major en 1882.

Le nommé Guézennec, âgé de 20 ans, né à Brest, matelot de pont sur l'aviso *le Linois*, contracte pendant la colonne de Tabarka à Bizerte (Tunisie), au mois de juillet 1882 (de nombreux marais sont situés sur ce trajet), la fièvre typhoïde.

Début insidieux pendant quatre ou cinq jours, embarras gastrique avec léger mouvement fébrile le soir.

Le sixième jour, épistaxis, céphalalgie intense, langue couverte d'un épais enduit blanchâtre avec tendance à se sécher, diarrhée et crépitation dans la fosse iliaque droite ; température axillaire (le soir) 39°.

Plus tard, nous constatons les symptômes ordinaires : météorisme, taches rosées, crépitation, langue sèche, délire, diarrhée.

Guérison au bout de vingt jours. Congé de convalescence de trois mois.

Voilà donc un malade qui contracte en plein marais la fièvre typhoïde ; ce cas a été isolé pendant cette colonne. Il n'en a pas été ainsi des accès de fièvre paludéenne, qui ont été assez nombreux.

Égypte. — M. Cerf-Mayer, médecin de la marine, a constaté que la marche de la phtisie est très rapide et galopante à Alexandrie, où les fièvres paludéennes sont endémiques. Les ravages

qu'elle fait parmi les étrangers sont effrayants. « On a prétendu, dit M. Cerf-Mayer, que la phtisie pulmonaire au premier degré pouvait rester stationnaire. Je suis loin de partager cette opinion. J'ai examiné aussi scrupuleusement que possible les hommes soumis à mon observation, et, à quelque degré qu'existât la maladie, je puis sans crainte affirmer que son issue a toujours été funeste. »

Le cadre nosologique renferme aussi la fièvre typhoïde avec les mêmes symptômes qu'elle présente en France.

En Corse, en Hollande, à Malte, à Rome, à Venise, où la malaria ne saurait être contestée, la phtisie pulmonaire fait un grand nombre de victimes; la fièvre typhoïde s'y montre souvent, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique.

Sénégal. — M. le Dr Borius (*Archives de Médecine navale*, mai 1882) publie le tableau des entrées et des décès par phtisie pulmonaire, selon les mois, au Sénégal.

Entrées et décès pour phtisie pulmonaire, en 20 ans, dans les hôpitaux de Saint-Louis et de Gorée (de 1852-1873).

	Déc.	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Octob.	Nov.	20 ans
Entrées	49	24	46	43	25	36	25	50	57	45	20	44	467
Décès.	12	10	24	16	14	18	9	8	12	15	19	11	178

Ce tableau montre que les influences météoriques ne semblent agir ni dans un sens ni dans l'autre sur les entrées et les décès par phtisie au Sénégal. Les oscillations étendues de la saison sèche ne sont pas plus favorables que la constance de la température de l'hivernage.

Le rapport des entrées pour phtisie dans les deux hôpitaux

réunis, au total des entrées pour toutes sortes de maladies, démontre que 7 malades sur 1,000 étaient atteints de phtisie. Il existe 56 décès pour phtisie sur 1,000 décès généraux. Si nous comparons ce chiffre de 56 pour 1,000 à ceux recueillis de la même manière dans diverses localités, nous sommes obligé d'avouer qu'il est bien faible. Il est vrai que les évacuations des phtisiques sur la métropole diminuent le nombre des décès; il est probable que les malades ainsi évacués auraient succombé s'ils avaient terminé leur temps réglementaire dans la colonie (deux ans).

Après avoir cherché l'influence que peut avoir le climat du Sénégal sur la production de la phtisie, M. Borius conclut que le climat du Sénégal n'est pas favorable à la production de cette cruelle affection.

M. Rochard et M. Bérenger-Féraud pensent que le climat du Sénégal est funeste aux malades atteints de phtisie. Quant à la fièvre typhoïde, elle est très rare et n'est pas aussi grave qu'en France. Elle frappe de préférence les jeunes soldats nouvellement débarqués, et quelquefois des hommes qui sont depuis longtemps dans le pays. M. Borius a vu des cas bien nets dont le diagnostic a été vérifié par la nécropsie.

Cochinchine. — Si l'on en croit les partisans de l'antagonisme des fièvres palustres et de la fièvre typhoïde, on n'admettra pas que ces deux genres de maladies se puissent rencontrer simultanément en Cochinchine. Des faits consacrés par des autopsies ne permettent point de révoquer en doute l'existence de la fièvre typhoïde que nous avons observée à Saïgon, au mois de juillet 1881. Cette fièvre typhoïde avait été importée par *l'Annamite*, où une petite épidémie s'est déclarée à son départ de Toulon, et a persisté à bord pendant toute la traversée effectuée en trente-cinq jours. D'autres cas isolés ont été constatés à différentes époques, même dans la fiévreuse province de Mitho. En 1862,

d'après Dutrouleau, on a compté 100 cas et 37 morts; en 1864, 107 cas et 35 morts; en 1866, 49 cas et 24 morts.

Depuis l'embouchure du Cambodge jusqu'en Chine, on observe la phtisie, qui sévit avec une grande intensité sur les Annamites et les Chinois les plus misérables, dont la constitution est usée par une alimentation insuffisante, par leur déplorable passion pour l'opium, et surtout par la syphilis. Quant aux Européens atteints de tuberculose, qui évolue avec une rapidité effrayante dans cette colonie, ils sont voués à une mort certaine s'ils ne s'empressent pas de quitter le pays. Si cette affection est rare dans le corps d'occupation, c'est qu'avant leur départ de France tous les hommes sont examinés avec un soin scrupuleux et que tous ceux qui sont sous l'influence de cette diathèse sont éliminés.

Nouvelles-Hébrides. — Dans ces îles, où les fièvres palustres sont d'un caractère très grave, la phtisie et le carreau sont très communs parmi les indigènes. M. Monin, médecin principal de la marine (*Archives de Médecine navale*), considère la phtisie, la dysenterie et l'anémie comme les principales causes de mort dans ces îles de l'Océanie.

Guyane. — « La fièvre typhoïde, dit Dutrouleau, acquiert souvent dans cette colonie une grande gravité, et sa combinaison avec la malaria lui imprime le plus souvent une physionomie et une marche particulières. En 1852, une épidémie commence à l'île Royale, à la fin du quatrième trimestre, et continue pendant les quatre premiers mois de 1853. Elle est due à l'entassement des transportés dans des logements trop étroits pour les recevoir. »

La mortalité aux îles du Salut a été de 15,6 p. 0/0 en 1853 (fièvre typhoïde et dysenterie) (Dr Orgeas, *Archives de Médecine navale*).

La fièvre typhoïde, comme dans la plupart des régions tropicales, est assez rare à la Guyane et y revêt un caractère bénin ; on a même pu en contester l'existence. C'est là une erreur, et plusieurs médecins de la marine ont constaté quelques cas avec autopsie.

« Il existe encore, dit le Dr Orgeas dans son remarquable Rapport sur la colonisation dans la Guyane, une maladie très fréquente à laquelle un Européen qui a subi l'épreuve de quatre ou cinq années de séjour dans les pays chauds a peu de chances de succomber : c'est la phtisie pulmonaire; chez les individus qui possèdent une diathèse tuberculeuse, chez les poitrinaires à l'état latent, le séjour dans les pays chauds hâte la manifestation de la maladie dont leur organisme cache le germe et lui imprime une marche extrêmement rapide. Tout Européen qui débarque à la Guyane avec une diathèse tuberculeuse, héréditaire ou acquise, arrive rarement à sa quatrième ou cinquième année de séjour dans la colonie. »

Non seulement elle est d'observation fréquente chez les Européens, mais encore elle exerce sur les nègres de grands ravages.

Antilles Françaises. — La fièvre typhoïde s'observe chez les marins et les militaires ayant peu de temps de colonie; elle frappe surtout les jeunes soldats qui n'ont que six ou huit mois de présence sous les drapeaux. Il y a eu en 1839, à l'hôpital de la Basse-Terre (Guadeloupe), une épidémie constatée par des observations suffisamment détaillées. De novembre 1883 jusqu'à la fin de janvier 1884, une petite épidémie de dothiénentérie s'est déclarée aux Saintes quinze jours après l'arrivée du transport *la Garonne*, qui avait cette maladie à bord. Onze cas sur 200 hommes ont été observés ; un seul décès a eu lieu. L'autopsie a contrôlé le diagnostic.

La phtisie, cette maladie de tous les climats, se montre avec une extrême fréquence dans la race blanche et dans la race noire.

Elle a, comme dans tous les pays chauds, une marche très rapide. Les partisans de la loi de Boudin ne pourront pas objecter que les nègres sont à l'abri du paludisme : il est bien démontré que les nègres et les créoles sont exposés aux accès de fièvre et qu'ils n'ont pas l'immunité dont parlent certains médecins.

Montpellier. — Montpellier et surtout les faubourg de Nimes, de Lattes, la Citadelle, ressentent l'influence des marais, qui, presque chaque année pendant l'automne, produisent une recrudescence de fièvres intermittentes revêtant le plus souvent le type quarte.

D'après les recherches de Garimond dans les registres de l'hôpital Saint-Éloi, pour une période de seize années, 18,5 décès par phtisie pour les civils, et 7,7 pour les militaires. Cette statistique serait en contradiction avec l'opinion de Saint-Pierre, qui prétendait que le climat de Montpellier disposerait peu à la phtisie.

Strasbourg. — Michel Lévy et Forget ont observé à Strasbourg et en Alsace, pays palustre, que la phtisie pulmonaire y exerçait de grands ravages.

Dans l'espace de six ans (avril 1836-1842 juillet) le Dr Forget a vu passer dans les salles de sa clinique 2,838 malades, où il relate : 1° 335 fièvres intermittentes ; 2° 269 fièvres typhoïdes ; 3° 230 phtisies confirmées. D'où il résulte que, dans cette ville, les fièvres typhoïdes, la tuberculose et la malaria se produisent en grand nombre et marchent parallèlement en quelque sorte.

Bordeaux. — M. Gintrac s'est attaché à étudier dans la ville de Bordeaux les rapports qu'il pouvait y avoir entre la phtisie pulmonaire et la fièvre paludéenne. Voici les résultats qu'il a obtenus : Les malades entrés à l'hôpital Saint-André dans les salles consacrées à la clinique interne sont au nombre de 1,458 pour une période de quatre années (1839, 1840, 1841, 1842). Sur ce nom-

bre, il y a eu 1,201 cas de fièvres, intermittentes et 153 de phtisie pulmonaire. Du 1er juillet 1839 au 3 septembre 1842, le nombre des morts s'élève à 254. Or il y avait 73 phtisiques. La phtisie a donc fait périr plus du quart des malades.

Rochefort. — Lefèvre, en 1845, se mit en mesure de vérifier ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans les idées de Boudin appliquées à la ville de Rochefort, où l'endémicité paludéenne est incontestée. Relativement à la phtisie, il cherche d'abord à établir la statistique générale dans les villes et les campagnes. On peut admettre, d'une manière générale, les chiffres suivants: dans les villes, la phtisie fournit un dixième des décès généraux ; dans les campagnes, elle fournit seulement un vingtième des décès généraux.

Les recherches de Lefèvre sur l'influence du climat de Rochefort dans la production de la phtisie pulmonaire lui ont donné une proportion de dix décès de phtisie sur trente. En compulsant les registres d'autopsie pour des périodes différentes, il constate que la phtisie pulmonaire est plus fréquente à Rochefort qu'à Strasbourg. Il fait remarquer que les travaux d'assainissement entrepris dans les marais de Rochefort depuis la Révolution n'ont exercé aucune influence sur le développement de la phtisie, car, à toutes les époques de l'histoire médicale de cette ville, les médecins ont constaté la fréquence et la gravité des maladies de la poitrine.

Portal dans son *Traité de la phtisie*, au onzième article relatif à la phtisie qui succède aux fièvres, rapporte plusieurs observations prouvant que les fièvres intermittentes finissent quelquefois par dégénérer en phtisie pulmonaire.

Baumes fait remarquer que les maladies de poitrine sont plus fréquentes et plus fâcheuses dans les pays marécageux.

Fournier et Bégin s'expriment ainsi en parlant des habitants des pays des marais : « Chez eux, toutes les maladies d'irritation

des membranes muqueuses ont la plus grande tendance à se compliquer de tuméfaction des ganglions lymphatiques placés derrière elles. Ainsi, la phtisie mésentérique y est plus commune, la désorganisation des poumons ou la phtisie y est très ordinaire. »

Selon Dumas, l'ictère, l'hypochondrie, la manie, la phtisie pulmonaire, paraissent tirer assez souvent leur origine des fièvres intermittentes.

Dans l'Inde, le Dr Conwel dit que c'est à la suite de la fièvre intermittente que la phtisie se développe.

De l'action de ces faits, Lefèvre conclut qu'il y a plutôt parallélisme qu'antagonisme entre la fièvre intermittente et la phtisie. Il établit que la fièvre typhoïde est rare à Rochefort. Sur 6,698 malades entrés dans l'espace de cinquante-quatre mois, il n'a compté que trente-trois cas, dont onze ont été mortels. A d'autres époques, la fièvre typhoïde a régné sous forme épidémique ; mais habituellement elle ne figure pas pour une forte proportion dans le chiffre de la mortalité, ainsi que cela se voit à Brest et à Toulon.

Quant à l'action que le miasme paludéen peut exercer sur cette maladie, le savant médecin de la marine ajoute qu'ayant eu à traiter des personnes qui avaient contracté la fièvre typhoïde à Paris et qui tombaient malades à Rochefort pendant la saison des fièvres intermittentes, il n'a point observé que le miasme des marais ait modifié la marche de la maladie ni prévenu une terminaison funeste.

C'est à Rochefort que le parallèle de la fièvre intermittente, de la phtisie et de la fièvre typhoïde a été fait par Lefèvre ; c'est encore à Rochefort que nous nous proposons de le continuer.

M. le professeur Bourru (de Rochefort), au Congrès de la Rochelle, a démontré avec les chiffres de la statistique si bien faite de M. Maher, que la réputation de ville malsaine attribuée trop

gratuitement à la ville de Rochefort est absolument imméritée, tout au moins depuis le commencement de ce siècle.

Les statistiques présentées par M. Bourru indiquent pour Rochefort une mortalité inférieure à la moyenne générale de la France. Cette dernière, en effet, est de 1 sur 42,3, tandis qu'elle est, pour la ville qui nous occupe ici, de 1 sur 43,4 seulement. Les tuberculeux y sont pourtant très nombreux, mais leur existence se prolonge assez longtemps.

La fièvre typhoïde ne règne pas à Rochefort à l'état épidémique ; elle y est moins meurtrière qu'ailleurs ; elle n'occasionne que 6,46 décès par an sur 10,000 habitants. Le fait est exceptionnel pour une ville de garnison.

La mortalité qui seule est réellement considérable est celle qui frappe les enfants dans les premières années de leur existence et surtout dans les six premiers mois.

Après ces considérations générales, nous nous efforcerons d'étudier avec de plus amples détails, étayés sur des observations précises, les trois maladies qui font le sujet de notre Thèse inaugurale.

A. — FIÈVRES INTERMITTENTES.

Un fait qui frappe tout d'abord quand on lit avec attention les *Annales Médicales de Rochefort*, c'est que la fièvre intermittente a beaucoup diminué. Nous ne pouvons mieux faire que consulter la statistique de M. Maher pour nous en rendre compte. Quand, en 1790, il mourait à Rochefort 1 individu sur 16,44 habitants, il n'en mourait plus, en 1853, que 1 sur 36,08. De 1854 à 1867, on n'a qu'un décès sur 39,84 habitants (Maher), et actuellement, d'après M. Burot, professeur agrégé (de Rochefort), un décès sur 43,4 habitants.

Il est difficile de déterminer la part exacte qui revient au palu-

disme. Maher fait remarquer que les fièvres intermittentes endémiques sont la maladie dominante, que c'est à elles qu'il faut rapporter le chiffre élevé de l'invalidation générale; mais il ajoute que la malaria n'a qu'une minime influence sur la mortalité générale.

Nous avons suivi en 1873 et 1874 plusieurs accès fébriles à formes bronchites et pulmonaires, tantôt congestives, tantôt inflammatoires. Le mouvement fébrile était manifestement sous l'influence du paludisme, car la marche de l'accès, la coïncidence de la détermination locale avec le paroxysme, la résolution brusque de la congestion ou de l'inflammation, les effets heureux de la médication antipaludéenne, ne pouvaient pas laisser de doute dans l'esprit. Nous nous demandons si ces localisations ne suffisent pas pour provoquer, sinon la tuberculose pulmonaire, du moins la phtisie, en dehors de toute diathèse, et pour activer l'évolution des tubercules chez les individus soumis à l'influence de la diathèse.

Le tableau des malades traités pour fièvre paludéenne à l'hôpital maritime de Rochefort, de 1857 à 1867, fournit les résultats suivants (Maher) :

(*Voir le Tableau à la page suivante.*)

Le nombre annuel des fièvres intermittentes a donc été de 1,420.

On voit dominer en première ligne le type quotidien, puis le type tierce, le type quarte, et enfin le type irrégulier. On signale quelques fièvres rémittentes (Maher).

M. Maher fait remarquer qu'il y a entre les années de grands écarts. Il en rapporte les causes : 1° aux variations de la température; 2° à l'influence des vents; 3° aux degrés de l'humidité atmosphérique; 4° aux grands remuements de terre.

C'est en juillet que l'endémie commence à s'accuser d'une

MOIS.	1854	1855	1856	1857	1858	1859	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	TOTAUX
Janvier	12	33	92	55	82	47	113	33	36	40	28	27	128	96	822
Fevrier.....	25	42	66	52	61	39	132	30	30	18	26	28	67	63	679
Mars.....	25	38	55	66	96	40	147	24	35	24	27	26	123	76	802
Avril.....	28	46	79	29	126	47	155	37	51	44	59	66	105	68	940
Mai.....	29	52	99	47	157	55	143	31	43	51	50	40	109	48	954
Juin.....	90	57	178	42	95	34	84	44	42	78	24	47	106	40	961
Juillet.....	75	85	343	120	140	254	83	49	52	55	35	234	137	64	1726
Août.....	154	212	266	333	133	854	123	96	136	126	117	305	398	160	3413
Septembre.....	185	289	170	478	119	826	94	167	126	160	135	399	320	141	3609
Octobre.....	45	326	71	351	94	627	81	141	92	125	81	398	261	149	2842
Novembre.....	78	220	67	225	63	334	59	79	80	80	82	265	228	92	1952
Décembre.....	42	162	67	120	27	159	49	48	35	47	24	175	177	45	1177
TOTAUX.....	788	1562	1553	1948	1193	3316	1263	779	758	848	688	2016	2159	1042	19877

manière manifeste; elle augmente en août et s'accroît en septembre.

En 1857, où il y a eu 1,918 cas de fièvre intermittente, la température moyenne de juillet, d'août et septembre n'a pas été beaucoup plus élevée que celle des mois correspondants des années précédentes; mais les vents du sud à l'ouest, qui viennent directement des marais de Brouages, ont soufflé 202 fois dans l'année; de plus, des travaux de terrassement ont été accomplis pour la gare du chemin de fer et pour le grand bassin de radoub de l'arsenal.

En 1859, où les fièvres intermittentes ont atteint le chiffre le plus élevé des quatorze années d'observation et ont fourni 3,316 cas, des chaleurs exceptionnelles ont suivi et précédé un printemps et un automne très humides. La pression barométrique a donné des variations nombreuses et des écarts considérables; les vents du sud-ouest ont soufflé 225 fois, et c'est dans cette année qu'ont commencé, à la porte nord de la ville, les travaux pour la construction du bassin à flot du commerce, creusé à une grande profondeur.

Les heures des accès ont été variables. M. Maher a trouvé :

a. Fièvre quotidienne : de minuit à midi.....	2337
— — de midi à minuit.....	2739
Total.....	4676
b. Fièvre tierce : de minuit à midi.....	819
— de midi à minuit.....	903
Total.....	1722
c. Fièvre quarte : de minuit à midi.....	104
— de midi à minuit.....	455
Total.....	559

Si maintenant nous consultons la statistique des années 1879 à 1882, nous nous apercevons que les choses sont bien changées:

1. En 1879 on compte à l'hôpital 600 fièvres intermittentes.
2. — 1880 — — 648 — —
3. — 1881 — — 557 — —
4. — 1882 — — 393 — —

Il était intéressant de savoir si la fièvre intermittente allait augmenter en raison des grands travaux de terrassement qui devaient se faire. En 1881, on a tracé la voie ferrée en plein marais de Rochefort à Marennes, et les renseignements, que nous avons puisés à bonne source, nous ont appris que les fièvres intermittentes avaient été fort rares.

Le Dr Burot, chef de clinique médicale (Rochefort), a eu l'obligeance de nous communiquer la statistique qu'il a établie pendant les travaux de creusement de l'immense bassin à flot sur un terrain essentiellement marécageux. Du 1er juillet 1882 au 1er juillet 1883, il a été soigné 329 malades, la moyenne des ouvriers présents sur les travaux étant de 300, chaque jour. Sur ces 329 malades, on a trouvé 56 fièvres intermittentes ainsi réparties dans les deux semestres : le deuxième semestre 1882 donne 30 fièvres intermittentes, parmi lesquelles figurent 22 fièvres quotidiennes, 6 fièvres tierces, et 2 fièvres quartes ; le premier semestre 1883, 26 cas (24 fièvres quotidiennes, 1 fièvre tierce, 1 fièvre quarte). En même temps on a observé 46 embarras gastriques fébriles, 1 fièvre typhoïde et 43 bronchites.

Ainsi, un fait indiscutable, c'est la diminution de la fièvre intermittente à Rochefort même dans un moment où le sol est bouleversé. Il est difficile de dire à quelle cause il faut attribuer cette diminution. Sans doute l'hygiène privée et l'hygiène publique jouent un rôle considérable. La population est sobre ; elle trouve une existence facile et abondante dans l'opulent département de la Charente-Inférieure. Depuis 1877, la ville, au prix de très grands sacrifices, s'est procuré des eaux potables excellentes, et l'ouvrier n'est plus obligé de boire l'eau de puits contaminée par les émanations palustres. Les travaux d'assainissement se

sont toujours poursuivis sans relâche ; les marais situés dans le voisinage de Rochefort sont, en grande partie, défrichés et livrés à la culture. Les rues sont admirablement pavées, elles sont d'une propreté irréprochable. Les promenades sont plantées d'arbres magnifiques qui jouent certainement un rôle destructeur vis-à-vis du miasme paludéen. La salubrité progressive de cette ville ne suffit pas à expliquer les causes de la diminution bien manifeste de la malaria ; il faut les chercher ailleurs.

Nous avons été frappé, en lisant la statistique de M. Maher, du petit nombre d'embarras gastriques, et nous nous sommes demandé si cette dernière affection n'était pas confondue avec les fièvres intermittentes.

Dans la statistique générale de M. Maher, nous ne trouvons que 531 embarras gastriques pour une période de quatorze ans. Or, dans l'année 1882, nous comptons, à l'hôpital de Rochefort, 161 cas d'admission pour embarras gastrique et 393 cas de fièvre intermittente seulement. Il y aurait donc entre ces deux maladies un balancement très marqué. Il est évident que la nomenclature a varié, car les cas notés sous la dénomination d'embarras gastrique étaient considérés comme des fièvres intermittentes. C'est la question toujours nouvelle de la fièvre rémittente gastrique et de la fièvre rémittente paludéenne, que nous serions heureux d'aborder si nous n'étions point pressé par le temps et si nous ne craignions pas de sortir du sujet qui appelle toute notre attention. « Le groupe des fièvres rémittentes, dit Jaccoud, est mal défini ; on englobe sous ce chef des faits totalement disparates, et, quand on lit les observations accumulées pêle-mêle, on y trouve non sans surprise, avec de vraies fièvres rémittentes, des catarrhes gastriques des voies biliaires, des pneumonies, des typhus, etc... Une telle confusion doit cesser; la rémission même régulière de la fièvre est un critérium insuffisant, il appartient à toutes les maladies que je viens de citer; ce qui est caractéristique, c'est l'origine par malaria quand

elle peut être établie ; c'est la transformation de la rémittente en intermittente, mutation fréquente ; c'est la tuméfaction précoce de la rate et du foie, fait constant ; c'est, dans les cas graves, la mélanémie. Une fièvre qui ne présente pas ces caractères peut bien être rémittente, mais elle n'appartient point à l'infection palustre ; c'est une fièvre rémittente symptomatique, et nombreuses sont les lésions qui peuvent y donner lieu. »

M. Bérenger-Féraud, qui a étudié avec un soin tout particulier la pathologie du Sénégal, fait remarquer que les entrées pour cette cause sont nombreuses dans la colonie, si nombreuses qu'il a rangé l'embarras gastrique dans la catégorie des maladies endémiques, et particulièrement au nombre des affections palustres. L'embarras gastrique présente en effet, dans sa fréquence, des oscillations parallèles à celles des fièvres intermittentes elles-mêmes, et, le fond même de la pathologie du Sénégal étant le paludisme, l'embarras gastrique paraît être la manifestation la plus légère, mais non la moins fréquente de la constitution médicale du pays. Nous pensons qu'à Rochefort l'embarras gastrique fébrile est surtout une maladie climatique et que ses rapports avec le paludisme, s'ils existent, sont bien difficiles à saisir. Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que les fièvres intermittentes ont diminué à Rochefort.

B. — TUBERCULOSE.

La statistique de M. Maher nous donne pour la phtisie pulmonaire observée à l'hôpital de Rochefort de 1854 à 1867 :

783 cas en 14 ans et une moyenne annuelle de malades : 55,93

263 décès en 14 ans et une moyenne annuelle de décès : 18,78

En 1879, on compte 84 décès par phtisie.

En 1880, il y a 78 décès par phtisie pulmonaire.

En 1881, on note 69 décès par phtisie pulmonaire.

Les chiffres de décès par phtisie pulmonaire sont beaucoup plus élevés dans ces dernières années que dans la période d'observation de 14 ans de M. Maher.

En regard des statistiques, nous devons ajouter quelques remarques particulières que nous avons faites en relisant nos observations prises dans les salles de l'hôpital maritime de Rochefort. Tantôt la phtisie pulmonaire a été précédée de fièvres intermittentes, tantôt ces dernières ont alterné avec la première affection.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Le nommé...., âgé de 20 ans, né à Rochefort, ouvrier à l'arsenal, a fait de nombreuses entrées à l'hôpital pour fièvre paludéenne bien constatée. Il meurt le 15 juillet 1874, avec le diagnostic : cachexie palustre et phtisie pulmonaire.

A l'*autopsie*, on trouve le poumon gauche farci de tubercules en voie de ramollissement et des cavernes nombreuses. Le poumon droit présente un grand nombre de tubercules à l'état crétacé et quelques petites cavernes.

La rate pèse 300 gram. au lieu de 195 gram. (chiffre normal).

OBSERVATION II.

Le nommé X..., âgé de 22 ans, matelot, né à Rochefort, a fait un séjour de quinze mois au Sénégal et au Gabon; il meurt de tuberculose pulmonaire le 13 février 1883.

A l'*autopsie*, les poumons présentent des cavernes contenant du pus. Le cœur est hypertrophié. Le foie pèse 1,850 gram. (au lieu de 1,451).

La rate est considérablement augmentée de volume; elle pèse 1,050 gram. L'examen histologique montre une forte pigmentation de cet organe.

Cette observation nous prouve que l'impaludisme ne préserve pas de la phtisie. D'autre part, la tuberculose généralisée s'observe plus souvent qu'on ne le croit.

OBSERVATION III.

Le nommé....., soldat d'infanterie de marine, âgé de 21 ans, ne présente aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. Il entre à l'hôpital le 10 mai 1874, avec les signes d'une pleurésie gauche.

La courbe thermométrique montre que la pleurésie évoluait bien. La température baissait régulièrement, quand tout à coup elle monte de trois degrés, de 37° à 40°, le 1er juin. A partir de cette époque, la fièvre a présenté de fortes rémissions. On fait une ponction avec l'appareil Dieulafoy et on retire de la poitrine un liquide très sanguinolent.

Mort le 30 juillet.

Autopsie. — La face est amaigrie, cyanosée, et il existe des eschares au sacrum.

Les deux plèvres renferment une grande quantité d'un liquide séro- sanguinolent. Elles présentent des granulations blanchâtres sur les deux feuillets.

Les poumons sont ratatinés et refoulés dans la gouttière costo-vertébrale. A la coupe, granulations tuberculeuses isolées et infiltrées dans toute l'étendue des deux poumons ; ces granulations sont plus nombreuses aux sommets et on remarque certaines masses en voie de ramollissement.

Le cœur est petit, mou, et décoloré.

Dans la cavité abdominale, adhérences péritonéales, granulations miliaires sur toute l'étendue du côlon et dans les fosses iliaques. L'intestin grêle est petit et ratatiné ; le côlon est distendu. Les ganglions mésentériques volumineux et en voie de ramollissement

Rien de particulier à la râte. Reins sclérosés.

C. — FIÈVRE TYPHOIDE.

Les tableaux de M. Maher démontrent que la fièvre typhoïde ne sévit pas à Rochefort sous forme épidémique. Ils donnent, pour une période de quatorze ans, une moyenne annuelle de 14,5 fièvres typhoïdes admises à l'hôpital et une moyenne annuelle 6,14 décès.

En 1879, il y a eu 16 cas de fièvre typhoïde et 12 décès.

En 1880, on compte 31 cas de fièvre typhoïde et 24 décès.

En 1881, on compte 26 décès de fièvre typhoïde, et enfin, en 1882, 28 décès.

Pendant notre séjour à Rochefort, nous n'avons jamais vu une épidémie de fièvre typhoïde ; mais nous avons souvent observé cette maladie à l'état sporadique. Elle atteint les individus qui ont notoirement subi l'impaludisme ; elle emprunte peut-être quelques particularités de sa physionomie à l'adjonction de l'élément palustre ; mais elle est fondamentalement la même que dans les autres parties de la France. Les observations journalières, mieux encore que les statistiques, prouvent qu'elle existe et qu'elle peut se développer à l'hôpital.

OBSERVATION VII.

Le nommé X..., artilleur, âgé de 22 ans, quinze mois de présence au corps, entre à l'hôpital de Rochefort pour ictère. Une fois rétabli, il est maintenu quelque temps à l'hôpital.

16 mai 1874. Il éprouve un léger mouvement fébrile ; il ressent un peu de céphalalgie frontale les jours suivants.

28. Accès de fièvre, état saburral, bouche mauvaise, anorexie, vomissements bilieux.

La maladie typhoïde se dessine nettement, et le malade meurt le 6 juin.

A l'*autopsie,* on constate un érythème avec excoriation du scrotum.

L'intestin grêle présente des plaques de Peyer plus volumineuses au cœcum. Sept ou huit de ces plaques présentent des ulcérations très nettes, très profondes, à bords décollés et taillés à pic.

La muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle est très vascularisée ; elle est injectée.

La rate pèse 400 gram. ; elle est noire, molle, extrêmement friable et diffluente.

Le foie, mou et décoloré, présente l'aspect de mou de veau (pulmonisation hépatique.

Dans la cavité crânienne, on constate un liquide laiteux et purulent sous l'arachnoïde et en avant de chaque côté de la scissure de Rolando.

OBSERVATION II.

Le nommé...., brigadier d'artillerie, avait visité l'artilleur mentionné dans la précédente observation. Il entre à l'hôpital le 19 juin 1874. Malade depuis quelques jours. Il a une température de 40°,6 ; fièvre subcontinue, avec température élevée pendant vingt jours. Éruption de taches rosées confluentes sur les régions abdominale et thoracique et persistant à la pression ; crépitation dans la fosse iliaque droite, météorisme, langue rôtie, carphologie, délire.

Mort le 15 juillet.

A l'*autopsie,* congestion hypostatique des deux poumons. Rate congestionnée, diffluente, pesant 450 gram.

L'intestin grêle, dans une étendue de 3^{m},50 à partir du cœcum,

présente une congestion intense. Quelques plaques de Peyer volumineuses au voisinage du cœcum. Ulcérations nettes et profondes, bords taillés à pic. Absence complète de perforation.

Le gros intestin présente une forte injection, des élevures, dont quelques-unes sont ulcérées.

La cavité crânienne contient un liquide séreux et opalin entre l'arachnoïde et la pie-mère.

OBSERVATION III.

Le nommé...., caporal d'infanterie de marine, était en traitement à l'hôpital au moment où est mort le premier malade, qu'il connaissait et fréquentait

Il sort de l'hôpital le 29 juin 1874. Dès le lendemain de sa sortie, il se présente à l'infirmerie et rentre de nouveau à l'hôpital le 4 juillet.

Langue blanche, soif ardente, céphalalgie, anorexie, courbature générale, léger mouvement fébrile, constipation suivie de diarrhée.

Courbe thermométrique graduellement ascendante pendant la première période.

Taches rosées à la fin du premier septénaire. Crépitation dans la fosse iliaque droite.

Toux, expectoration bronchique, diarrhée et ballonnement de l'abdomen.

Température très élevée, avec rémissions matinales très faibles. Délire, carphologie, soubresauts des tendons.

Mort le 29 juillet.

A l'*autopsie*, on constate :

Cavité thoracique : Congestion du poumon droit.

Cavité abdominale : L'intestin grêle présente des plaques de Peyer très saillantes, quelques-unes avec l'aspect gaufré. Pas d'ulcérations.

Le gros intestin est injecté.

Tuméfaction des ganglions mésentériques.

Rate hypertrophiée, diffluente, atteignant le poids de 420 gram.

La contagion peut être invoquée pour les deux derniers cas. Voici d'autres malades qui ont contracté la fièvre typhoïde à l'hôpital dans les salles où ont eu lieu les décès. Ils étaient en traitement pour des affections diverses; ils sortent et rentrent quelques jours après, avec des signes évidents de dothiénentérie.

OBSERVATION IV.

Le nommé....., soldat d'infanterie de marine, âgé de 21 ans, en traitement au mois de juin à l'hôpital pour bronchite, sort guéri le 24 juin 1874 et rentre de nouveau le 2 juillet.

Le 8 juillet, on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des taches rosées lenticulaires. En même temps il existe des râles muqueux dans la poitrine, en arrière et à la base.

La fièvre dure vingt jours. Sort guéri de l'hôpital.

OBSERVATION V.

Le nommé ..... se trouvait dans la même salle que le premier malade, dont il était voisin de lit quand il est mort ; il était entré pour bronchite chronique spécifique et hémoptysie.

Contracte aussi la fièvre typhoïde. Guérison.

OBSERVATION VI.

Le nommé ....., en traitement à l'hôpital pour bronchite, est encore pris le même jour, c'est-à-dire le 15 juin 1874.

Guérison.

Deux autres hommes en traitement dans la même salle voisine de la salle où est décédé le premier typhique, contractent aussi la fièvre typhoïde.

La filiation de tous ces cas permet de dire que la fièvre typhoïde se développe à Rochefort, qu'elle s'y propage. D'abord le premier cas s'est présenté sur un homme à l'hôpital depuis quarante-cinq jours, au moment où il n'y avait pas d'autres cas ; de plus, la contagion est manifeste.

Il est une manière d'être de la fièvre typhoïde qui passe souvent inaperçue : c'est la pneumo-typhoïde, qui paraît fréquente à Rochefort. C'est une espèce de pneumonie non pas survenue dans le cours d'une dothiénentérie, mais qui marque le début de la fièvre typhoïde et dont les symptômes dépassent le plus souvent en intensité les phénomènes gastro-intestinaux, si bien que la détermination principale morbide semble se faire d'emblée sur le poumon plutôt que sur le tube digestif.

Cette pneumonie siège le plus souvent au sommet. Personne ne méconnaît la gravité des pneumonies du sommet, qui est la partie la moins résistante du poumon, organe peu vivant : le malade est exposé à de grands dangers, et l'on a à redouter, plus que dans les autres pneumonies, les symptômes adynamiques et la terminaison par suppuration. Cette gravité n'est pas seulement sous la dépendance de la localisation pulmonaire, mais surtout de l'état général qui lui a donné naissance. Aussi une diathèse, une cachexie, l'alcoolisme, placent le malade dans de mauvaises conditions. La marche de la maladie est bien spéciale, l'expectoration fibrineuse est rare ; les crachats, d'abord sanguinolents, prennent rapidement la couleur du jus de pruneaux ; ils sont mélangés de crachats grisâtres.

L'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique nous révèle les lésions spéciales à la fièvre typhoïde. Les plaques de Peyer sont hypertrophiées ; elles évoluent de la même façon que dans la dothiénentérie ordinaire. Le poumon est hépatisé dans la partie correspondante à la lésion ; à la coupe, son tissu est

résistant et donne la sensation du tissu hépatique. Les alvéoles sont remplis et distendus par des globules rouges et blancs ; ils ne contiennent point d'exsudat fibrineux coagulable, qui, au microscope, se présente sous la forme d'un réticulum fibrillaire formant des mailles, comme cela se passe dans la pneumonie fibrineuse. Dans la rate, les corpuscules de Malpighi sont très apparents et très développés. Ainsi, la fièvre typhoïde s'observe à Rochefort, et certaines pneumonies doivent lui être attribuées.

CONCLUSIONS.

L'antagonisme entre la fièvre intermittente, la tuberculose et la fièvre typhoïde n'existe point. Ces trois affections ont été observées simultanément à des degrés différents, sous toutes les latitudes et sous tous les climats, aussi bien en Europe que dans les régions chaudes et tropicales, où toutefois nous devons faire remarquer que la fièvre typhoïde est rare et bénigne.

La malaria a diminué à Rochefort sans que les conditions hygiéniques aient été sensiblement modifiées depuis quatorze ans. Les grands travaux de terrassement pour le chemin de fer de Marennes et pour la construction du bassin à flot n'ont pas amené une recrudescence de fièvre paludéenne. Nous savons que cette diminution doit être attribuée en partie à la nomenclature, qui a changé en faveur de l'embarras gastrique fébrile, autrefois confondu avec les fièvres intermittentes.

La phtisie pulmonaire et la tuberculose généralisée s'observent fréquemment à Rochefort.

La fièvre typhoïde se développe aussi dans cette ville, mais depuis longtemps elle n'a pas régné à l'état épidémique. Les cas que avons cités démontrent qu'elle peut naître sur place et se propager par contagion.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Boudin. — Essai de Géographie médicale, 1843.
Rochard. — De l'influence de la navigation et des pays chauds sur la marche de la phtisie pulmonaire.
Lefèvre. — Influence du climat de Rochefort sur la phtisie pulmonaire (Archives de Médecine navale.)
Arnould et Kelsch. — Fièvre typhoïde en Algérie, 1868.
Rey. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.
Sigaud. — Fréquence de la phtisie dans divers climats.
Villemin. — Étude de la tuberculose.
Nieilly. — Pathologie exotique.
Gintrac. — (*Eodem loco*, 1843.)
Jaccoud. — Traité de pathologie interne.
Portal. — Traité de la phtisie.
Nieilly. — Hygiène des pays tropicaux.
Vigouroux. — (Thèse de Paris, 1858.)
Tribes. — (Thèse de Montpellier, 1843.)

Vu :
Le Président-Censeur,
MOITESSIER.

Vu, bon à imprimer,
Le Doyen,
J. BENOIT.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie.
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(*Arrêté du 22 mars* 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

Du chlore, du brome et de l'iode au point de vue chimique et pharmaceutique.

Physique médicale.

Quelles sont les diverses méthodes employées pour déterminer l'état hygrométrique de l'air?

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Classification des mammifères.

Anatomie Pathologique et Histologie.

Décrire les altérations anatomiques dans l'alcoolisme chronique.

Physiologie.

Des conditions physiques de la myopie et de la presbytie.

Pathologie médicale ou interne.

Du coryza scrofuleux.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Du régime des opérés.

Thérapeutique et Matière médicale.

Les diverses préparations ferrugineuses, leurs indications spéciales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et Toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

De l'utilisation des eaux d'égouts.

Accouchements.

De l'hémorrhagie utérine au dernier terme de la grossesse.

Clinique interne.

Diagnostic différentiel des fièvres éruptives à leur début.

Clinique externe.

Des diverses espèces d'ophtalmie et des moyens de les reconnaître.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De l'inflammation de la cornée.

Titre de la Thèse à soutenir.

Rapports de la fièvre paludéenne, de la fièvre typhoïde et de la tuberculose en général, et en particulier à Rochefort.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!